

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 113

ANNÉE 1920-1921

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC
DE LA MOLE HYDATIFORME
SON TRAITEMENT
PAR L'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1921

par

Georges-Louis-Henri RIEU

Né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), le 31 Janvier 1894

Examineurs de la Thèse

{	MM. RIVIÈRE, professeur	Président
	POUSSON, professeur	
	ANDÉRODIAS, agrégé	Juges.
	PÉRY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 113

ANNÉE 1920-1921

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC
DE LA MOLE HYDATIFORME
SON TRAITEMENT
PAR L'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1921

par

Georges-Louis-Henri RIEU

Né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), le 31 Janvier 1894



Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur	Président
POUSSON, professeur	
ANDÉRODIAS, agrégé	Juges.
PÉRY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

PROFESSEURS

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

MM.	MM.		
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile orthopédie....	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGOUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ (Chargé).	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad.cuta-	
Hygiène	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires... Pousson.	
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie	MOURE.
médicale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Anatom. et embryologie.}	PICQUE.		CREYX.
	N...		N...
Histologie	LACOSTE (chargé)	Maladies mentales....	PERRENS.
Physiologie	DELAUNAY.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)		GUYOT.
naturelles	N...	Chirurgie générale....	ROCHER.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.		DUVERGEY.
Chimie biolog. et médic.	N...		PAPIN.
Anatomie pathologique..	MURATET.	Obstétrique	PERY.
	PETGES.		FAUGERE.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Ophtalmologie	TEULIERES.
	MAURIAC.		LABAT.
	LEURET.	Pharmacie	N...

CHARGÉS DE COURS

	MM.
Cours de Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGERE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de Toxicologie et Hygiène appliquée..	N...
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualit. et quantit...	N...
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie	N...
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIERE
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

L'étudiant qui s'est flatté de vivre en communion d'idées avec ses Maîtres, éprouve, au moment de les quitter, une certaine appréhension mêlée de tristesse.

Ce sentiment s'atténue heureusement à la pensée que le médecin ne cesse pas d'être étudiant.

Les nouvelles méthodes thérapeutiques et les recherches continuelles que nécessite, aussi bien dans le domaine de la clinique que dans celui du laboratoire, l'extrême variété des affections morbides, sollicitent sa constante attention et il puise dans les travaux de ses maîtres un puissant réconfort. Sachant qu'au besoin il peut compter sur leur concours plus immédiat et que la communion des idées persiste puisqu'elles convergent vers l'accomplissement d'un même devoir, il n'hésite pas à envisager l'avenir avec confiance et sérénité.

Aussi sommes-nous heureux d'unir aujourd'hui, dans la brève expression de nos sincères remerciements, tous les Maîtres éminents de la Faculté de Bordeaux, qui ont dirigé nos études.

Mais, nous remercions particulièrement M. le Professeur agrégé Duvergey de nous avoir donné le sujet de notre thèse et du bon accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

Nous prions également M. le Docteur Lacouture, chirurgien des hôpitaux, d'agréer l'hommage de notre vive gratitude pour nous avoir permis de recueillir une observation dans sa clinique et pour son extrême obligeance en toutes circonstances.

Nous exprimons enfin notre profonde et respectueuse reconnaissance à M. le Professeur Rivière, qui veut bien nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

Le 15 janvier 1921, M. le Professeur agrégé Duvergey pratiquait une hystérectomie abdominale totale chez une malade pour laquelle le diagnostic de chorio-épithéliome avait été porté. La malade succombait trois heures après l'opération. L'utérus ouvert renfermait une môle hydatiforme.

A la suite de cette intervention, l'idée de rechercher si l'hystérectomie avait déjà été pratiquée pour des cas de môle hydatiforme nous était suggérée.

Il résulte de nos recherches qu'il ne semble pas exister d'observation d'hystérectomie pratiquée au cours d'une grossesse molaire nettement diagnostiquée. Par contre, il existe des observations d'hystérectomie pratiquée alors que le diagnostic, incertain ou même erroné, ne put être précisé ou rectifié qu'en cours d'intervention.

L'hystérectomie a également été pratiquée dans les jours qui ont suivi l'expulsion d'une môle afin d'éviter des accidents graves dus aux hémorragies et à l'infection consécutives à la rétention des débris dans la cavité utérine.

Elle a encore été pratiquée dans des cas de rupture utérine consécutifs à la pénétration et à la perforation de la paroi utérine par les éléments de la môle.

Enfin, dans les cas de chorio-épithéliome consécutifs à l'expulsion d'une môle, l'hystérectomie, qui est alors la seule chance de salut pour la malade, a été fréquemment tentée avec succès.

Dans presque toutes les observations de môle que nous avons pu examiner, le diagnostic nous a paru très difficile. Aussi notre intention est-elle d'étudier dans un premier chapitre la question si délicate du diagnostic dans la môle hydatiforme.

Le deuxième chapitre sera réservé à l'étude du pronostic.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous passerons en revue les divers traitements de la môle et nous insisterons particulièrement sur son traitement par l'hystérectomie.

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DE LA MOLE HYDATIFORME SON TRAITEMENT PAR L'HYSTÉRECTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Diagnostic de la Môle hydatiforme

« La môle hydatiforme, dit Ribemont-Dessaigues, est une complication de la grossesse qui peut ne pas être diagnostiquée en raison de sa rareté et du peu de symptômes nets auxquels elle donne lieu. Si on laisse de côté les cas rares dans lesquels le diagnostic s'impose, lorsque les vésicules sont expulsées par le vagin ou lorsque dans le but d'éclairer le diagnostic, on va en cueillir avec le doigt ou une pince, en pratiquant ainsi largement le toucher intra-utérin, le diagnostic peut être rarement affirmé. »

En dehors de l'expulsion spontanée des vésicules, aucun symptôme que l'on donne habituellement comme pouvant caractériser une grossesse molaire, n'est en effet pathognomonique. Ces symptômes, indépendamment des signes de début de grossesse (suppression des règles, modification du côté des seins...), sont pour les principaux : les hémorragies répétées entremêlées souvent d'un écoulement aqueux ou séro-sanguinolent; le développement de l'utérus plus grand que dans une grossesse normale; la consistance de l'utérus qui, d'ailleurs, est tantôt dur

et tantôt flasque, mou, quasi fluctuant; l'auscultation négative au point de vue des battements du cœur et des mouvements du fœtus; la précocité de l'auto-intoxication gravidique si bien mise en évidence par Fieux...

Or, les hémorragies peuvent manquer. Briquel, mentionnant les recherches de Delore et Sybrecht, nous fait savoir que l'apparition de la première perte de sang peut varier du 45^e jour de la grossesse molaire au 15^e mois, et qu'il se présente même des cas où les hémorragies coïncident seulement avec l'expulsion de la môle.

Le développement exagéré de l'utérus peut également manquer; son volume peut même être plus petit que ne semblerait l'indiquer l'âge de la grossesse (Obs. V). D'ailleurs, il est rare que le développement de l'utérus, même si la durée de la grossesse molaire atteint ou dépasse de plusieurs mois le terme normal, soit aussi considérable que celui d'un utérus aux approches d'un accouchement régulier. On constate, à partir d'une époque assez tardive, un arrêt dans le développement.

La constatation d'un des signes de perception fœtale (mouvements, ballotement, bruits du cœur), semble bien devoir éliminer toute possibilité de môle, mais on peut les rencontrer dans les cas de placenta partiellement vésiculeux avec fœtus vivant, ou dans la grossesse gémellaire, lorsqu'un des œufs est complètement dégénéré et l'autre vivant.

Enfin certaines malades, affectées de grossesse molaire, ne présentent ni albumine, ni vomissements incoercibles.

D'une façon générale, les difficultés du diagnostic varient d'après les modalités symptomatiques et les signes plus ou moins nets relevés à l'examen de la femme.

C'est ainsi qu'un écoulement sanguin qui apparaît peu de temps après une absence de règles, fait penser à un avortement. L'examen de l'utérus à cette époque, ne donne guère de renseignements. Cependant, si le col est ramolli dans une menace d'avortement, il conserve sa consistance normale au début de la grossesse molaire. Souvent, d'ailleurs, dans la môle, des symptômes généraux graves attirent précocement l'attention.

Lorsque l'écoulement sanguin apparaît plus tardivement, vers le 3^e ou 4^e mois, il faut songer à la possibilité d'une insertion basse du placenta. L'hémorragie se montre alors généralement dans les trois derniers mois de la grossesse, mais elle peut se produire également plus tôt et présenter les mêmes caractères que ceux des pertes sanguines dues à la môle vésiculaire : hémorragie à répétition survenant sans cause appréciable.

Il est vrai que dans la môle, les hémorragies peuvent être entremêlées d'un écoulement séro-sanguinolent ou même aqueux; d'autre part, il est rare que certains symptômes, tels que développement anormal du ventre, signes de cachexie, fassent complètement défaut.

Devant un ventre dont le développement est exagéré, il y a lieu tout d'abord de s'assurer qu'on est bien en présence d'une tumeur utérine. Pour cela, un examen attentif éliminera successivement : la rétention d'urine au moyen de cathétérisme; l'ascite; la tympanite; la grossesse hystérique; les tumeurs de l'ovaire, du foie, des reins, de la rate...

Une erreur souvent commise est celle qui consiste à confondre le développement exagéré du ventre et la consistance molle et fluctuante de la tumeur perçue par la main exploratrice avec un gros kyste de l'ovaire (Obs. II et III).

Lorsque le palper combiné au toucher aura permis de reconnaître une tumeur utérine, on pensera à un utérus gravide si cet état a été précédé de la suppression des règles et de l'apparition des petits signes de la grossesse.

Supposons que l'utérus présente des dimensions d'un utérus gravide de 6 ou 7 mois; si l'on n'est qu'au 3^e ou 4^e mois de la grossesse, on ne peut penser, devant un développement aussi rapide, qu'à une grossesse gémellaire, un hydramnios ou une grossesse molaire.

Dans la grossesse gémellaire, le palper abdominal permettra de constater la présence de trois ou quatre pôles fœtaux. D'autre part, l'existence de grossesses doubles antérieures et la perception par la malade des mêmes sensations, aideront à établir le diagnostic.

Dans l'hydramnios, la tumeur est régulière et franchement fluctuante. Mais si l'hydramnios, rare avant le 5^e mois, est cependant possible, les hémorragies ne font guère partie de sa symptomatologie.

Enfin si le développement exagéré du ventre coïncide avec des hémorragies répétées, entremêlées de pertes d'eau, le diagnostic de môle semble pouvoir s'affirmer.

Il peut aussi arriver que la grossesse soit méconnue; il en est ainsi lorsque les hémorragies masquent la suppression des règles; on pense alors à des fibromes utérins (Obs. IV), surtout si l'utérus présente des bosselures comme il arrive assez souvent dans la grossesse molaire.

La perception de contractions indolores permettra d'éliminer le diagnostic de fibrome. Mais si la môle se développe sur un utérus fibromateux, le diagnostic devient à peu près impossible.

Des douleurs dans le bas-ventre et un écoulement pâle et fétide apparaissant chez une malade âgée, au teint cachectique, feront penser à un néoplasme du corps utérin. Le diagnostic ne pourra être confirmé qu'après examen biopsique des masses tongueuses obtenues par curettage après dilatation.

L'arrêt de développement de l'utérus, suivi de sa diminution, chez une femme qui a présenté des signes de grossesse, peut faire penser à un fœtus mort. Mais la persistance des phénomènes d'intoxication ne permettra pas longtemps cette erreur.

On peut être appelé à examiner la malade seulement au moment du travail; le toucher intra-utérin fournira difficilement des renseignements, car le doigt ne distingue généralement pas la masse vésiculaire de la masse placentaire. L'expectation suffira le plus habituellement, mais les phénomènes généraux graves commanderont l'intervention rapide. L'utérus sera alors vidé, quel que soit son contenu, sans s'attarder au diagnostic.

Si pendant le travail ou au moment de l'expulsion, survient une douleur abdominale très vive, accompagnée de phénomènes syncopaux, de rapidité et petitesse du pouls, de pâleur de la face, de refroidissement des extrémités, en un mot des signes d'une hémorragie interne, on pensera immédiatement à la rupture

utérine consécutive à la perforation de la paroi utérine par les éléments de la môle. Le seul diagnostic auquel on pourrait alors également penser, serait la rupture d'une grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale. Mais il importerait peu d'avoir un diagnostic précis, la laparotomie immédiate étant de rigueur dans les deux cas.



CHAPITRE II

Pronostic de la Môle hydatiforme

La môle vésiculaire, longtemps considérée comme une affection bénigne, semble aujourd'hui devoir comporter un pronostic plus réservé. C'est que la terminaison fatale est loin d'être rare. Hirtzmann la signale dans la proportion de 13.5 %. Menu la rencontre 26 fois sur 174 observations, c'est-à-dire dans la proportion de 15 %. Enfin, Briquel rapporte une statistique de de Sénarclens, tirée de 49 observations, d'après laquelle la mortalité atteint la proportion de 14 %.

La durée de la grossesse molaire est en général courte. Si l'avortement se produit de très bonne heure, la môle est souvent rejetée entière, enveloppée de la caduque intacte. Les dangers d'infection sont alors considérablement diminués, car on n'a pas à craindre la rétention de vésicules.

L'expulsion précoce est rare; le maximum de fréquence semble se trouver du 3^e au 5^e mois. L'expulsion ne se fait plus alors en masse, mais par grappes de vésicules plus ou moins volumineuses, par fragments plus ou moins nombreux. De fortes douleurs, des coliques utérines intenses, précèdent souvent de quelques jours l'expulsion de la môle. Dans les cas heureux, les phénomènes d'avortement durent de deux à douze heures. L'hémorragie concomitante, qui est souvent considérable, cesse dès que la môle est évacuée. L'utérus revient sur lui-même; les phénomènes d'auto-intoxication disparaissent aussi rapidement qu'après l'accouchement dans la grossesse normale.

Souvent, il est vrai, les suites de couches sont difficiles; les

malades conservent assez longtemps un teint jaunâtre et une asthénie marquée, qui les empêche de faire le moindre effort.

L'exagération des symptômes cliniques peut assombrir le pronostic avant, pendant et après l'expulsion de la môle. Menu rattachait la plupart des symptômes aux phénomènes d'auto-intoxication dont il donnait la classification suivante :

- 1° Albuminurie;
- 2° Vomissements;
- 3° Troubles digestifs;
- 4° Ptyalisme;
- 5° Œdèmes liés aux modifications du sang causées par l'auto-intoxication;
- 6° Dyspnée;
- 7° Intoxication du système nerveux se traduisant par des douleurs siégeant dans tout l'abdomen, des céphalalgies, des phénomènes d'excitation ou de dépression.

Cet ensemble symptomatique peut aboutir rapidement à un état de déchéance physiologique des plus accusés. L'amaigrissement peut être extrême à la suite de vomissements incessants et la mort peut être due aux progrès de la cachexie dépendant de la présence de la môle. Un œdème pulmonaire d'ordre albuminurique pourra entraîner la mort de la malade. D'autres fois, la môle sera l'origine d'attaques d'éclampsie (Lavenant).

Pourtant les diverses complications dues à l'auto-intoxication sont rarement mortelles par elles seules; elles sont d'ailleurs loin d'exister toujours. Le plus souvent, ce sont les hémorragies qui entraînent une issue fatale aussi bien avant que pendant ou même après l'expulsion, Tantôt, une hémorragie profuse entraînera la mort immédiate, tantôt la femme succombera, épuisée par les pertes de sang répétées qu'elle a subies.

Un autre danger sérieux réside dans la rétention de débris de môle et de caduque après une expulsion incomplète. Des accidents septicémiques peuvent survenir; ils sont d'autant plus redoutables qu'ils vont évoluer chez des malades très affaiblies.

Les cas de môles hydatiformes, suivies de chorio-épithéliomes, sont actuellement assez nombreux (16 % d'après les statistiques

rapportées par l'Américain Taylor), pour nécessiter une surveillance toute particulière des malades ayant accouché d'une môle. Le développement du chorio-épithéliome, précédé de môle (41.5 % d'après les statistiques de Briquel), se manifeste d'une façon précoce et cette tumeur, éminemment maligne, tue la malade en peu de mois. Souvent, après une expulsion incomplète de môle, les symptômes de la môle se continuent par ceux, presque identiques, d'un chorio-épithéliome au début. Aussi, chez toute femme qui, après une grossesse molaire, aura des métrorragies rebelles à la thérapeutique ordinaire, accompagnées d'un écoulement fétide, et dont l'utérus sera gros, on devra suspecter une tumeur maligne, assurer le diagnostic par l'examen histologique d'un bourgeon intra-utérin enlevé par le curettage et pratiquer l'hystérectomie les jours suivants.

Il semble, en s'en rapportant aux statistiques de Briquel, que les chorio-épithéliomes se rencontrent pendant toute la durée de la vie génitale, mais surtout chez les femmes jeunes (22 à 30 ans); c'est là une donnée précieuse pour un diagnostic différentiel avec les néoplasies malignes de l'utérus, fréquentes surtout après la ménopause.

Le nombre des hystérectomies pratiquées dans les cas de chorio-épithéliome survenant après l'expulsion d'une môle est, dans la statistique de Briquel de 54; 37 fois, on obtint des guérisons durables contre 17 décès. Or, les cas de chorio-épithéliome non opérés sont tous suivis de mort dans un délai assez rapide, variant de quelques jours à trois années, le maximum de décès se produisant du 4^e au 7^e mois, après l'expulsion de la môle (Briquel).

Dans les cas où le décès est survenu après l'hystérectomie, la moyenne de survie serait de 9 mois et 2 semaines.

Bien qu'il soit difficile de donner quelque valeur à ces statistiques, les observations n'étant pas superposables, il y a lieu de retenir que l'hystérectomie donne de beaux succès thérapeutiques (68.5 % : Briquel) dans les cas de chorio-épithéliome succédant à une môle. Elle ne les donne que si la tumeur est limitée à l'utérus ou si les métastases situées dans la sphère

génitale peuvent être extirpées en même temps. Il n'existe pas de cas où l'on puisse affirmer que les tumeurs viscérales secondaires aient regressé et disparu après l'hystérectomie.

L'intervention devra être aussi précoce que possible, mais, même si cette condition est réalisée, le pronostic n'en est pas moins à réserver, car l'existence de tumeurs secondaires n'est pas en corrélation avec le temps écoulé depuis la fin de la grossesse molaire.

Ainsi donc, trois causes principales assombrissent le pronostic de la môle hydatiforme : les hémorragies, l'infection, le développement d'un chorio-épithéliome. A ces trois causes, nous ajouterons les complications dues à l'auto-intoxication; puis les dangers que comporte le curage digital ou instrumental, après l'expulsion de la môle, sur un utérus aminci et altéré (perforation de la paroi, chances plus grandes d'infection, mort subite par embolie : Queirel, Bisch); enfin, la possibilité de rupture utérine spontanée consécutive à l'envahissement de la paroi utérine par les éléments de la môle.



CHAPITRE III

Traitement de la Môle hydatiforme

Autrefois, le traitement de la môle hydatiforme était purement symptomatique. On luttait surtout contre les hémorragies, le seul danger immédiat. Les injections vaginales, chaudes ou froides, le tamponnement même, malgré ses grands dangers, furent tour à tour employés.

Roeser écrivait, en 1886, à propos de l'expulsion provoquée de la môle : « Qui oserait entreprendre une telle opération sachant que la dégénérescence n'entraîne pas fatalement la mort du fœtus ? Tous les soins de l'accoucheur doivent tendre à la conservation du produit utérin, quel qu'il soit, jusqu'au moment de l'exonération naturelle. »

Or, on sait aujourd'hui que le fœtus de la môle embryonnée évolue exceptionnellement jusqu'à terme. Pour qu'il naisse viable il faut une dégénérescence tellement limitée, que les troubles qui se produiraient pendant la grossesse seraient insignifiants.

D'autre part, on n'ignore plus la gravité du pronostic. Ainsi, lorsque le diagnostic de môle hydatiforme est établi, il faut sans tarder provoquer l'interruption de la grossesse molaire qui expose la vie de la femme, et par les hémorragies auxquelles elle donne lieu, et par l'auto-intoxication qui l'accompagne souvent, et par les propagations de la tumeur molaire. L'envahissement du muscle par la tumeur peut-être en effet la cause d'une complication immédiate, la rupture utérine, ou d'une complication ultérieure, entraînant presque fatalement la mort dans un bref délai, la chorio-épithéliome.

Dans les cas où la nature de l'affection est méconnue, il est

sage, si des symptômes graves, dûs surtout aux hémorragies ou aux phénomènes d'auto-intoxication, mettent en danger la vie de la malade, d'obéir à la loi formulée par le Professeur Pinard : « Chez toute femme enceinte qui perd du sang, si le poulx dépasse cent pulsations, il faut vider l'utérus, quel que soit l'âge de la grossesse. »

Pour hâter l'évacuation de l'utérus, la technique ne diffère nullement de celle qu'on emploie pour provoquer un avortement.

Les moyens à mettre en œuvre sont : la dilatation du col, à l'aide de lamineaires ou de bougies de Hégar, suivies de l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes (petit modèle). Le *ballon Champetier de Ribes*, indépendamment de l'avantage qu'il présente d'entraîner une expulsion rapide, produit une dilatation suffisante pour que l'accoucheur puisse avec la main explorer la cavité utérine. La môle n'est en effet le plus souvent expulsée qu'en partie, après l'avortement provoqué, et il y a lieu de parfaire l'évacuation par un curage digital sous chloroforme. Mais, l'application d'un ballon présenterait un certain danger du fait de la minceur de la paroi utérine ou de son infiltration par les éléments épithéliaux de la môle. C'est ainsi qu'Ouvry rapporte un cas observé par Champetier de Ribes où la rupture utérine se serait produite après l'application du ballon. Il est vrai que, dans le cas rapporté, il est difficile de dire si la rupture était due au ballon ou au tamponnement intra utérin pratiqué pour hémorragie. D'ailleurs, la paroi musculaire conserve souvent son épaisseur et sa résistance, et alors le danger est nul.

Le curettage.

Pour Ouvry, le curettage présente le plus d'avantages et le moins de dangers. C'est une opération rapide qu'on peut employer dans les cas où il faut agir vite. Il permet de réaliser l'épargne du sang, chose si importante chez les femmes, atteintes de grossesse molaire, qui sont souvent très anémiées. La paroi utérine sera grattée consciencieusement, en tous points, après

l'expulsion de la môle; on enlèvera ainsi les portions de caduque adhérentes et même les couches superficielles du muscle dans les endroits dégénérés; les chances de production maligne ultérieure seront ainsi diminuées.

Si, au cours de l'intervention, la paroi utérine est saine, il n'y a aucun danger de perforation. « Si une perforation survient, c'est plutôt une bonne chose », dit Ouvry, « car elle indique une paroi diminuée d'épaisseur, affaiblie, déjà envahie par les éléments proliférés du syncytium et de la couche de Langhans et par les kystes vésiculeux eux-mêmes et force le chirurgien à pratiquer sur le champ une hystérectomie. »

Pendant le travail, l'expectation suffit habituellement. Des injections chaudes sont faites pour modérer l'abondance de l'hémorragie et pour accélérer le travail. On est rarement obligé d'introduire la main pour extraire la môle, et on peut s'abstenir de toute intervention, si la môle est rejetée d'une seule pièce et enveloppée d'une membrane épaisse.

Si la môle est expulsée par fragments, aussitôt après son expulsion, on s'assurera par un curage digital qu'il n'y a pas de débris retenu. Souvent, pour compléter l'action du curage digital il est nécessaire de pratiquer un curettage, avec toutes les précautions et la douceur possibles, en raison de l'amincissement possible de la paroi utérine. Le curettage ne sera pratiqué que quelques jours après l'expulsion de la môle. Métoz attendait le 10^e jour. Il ne faut pas intervenir aussitôt, car le muscle utérin, qui a perdu beaucoup de sa tonicité, risque d'être perforé et, d'autre part, la surface de l'utérus étant devenue très inégale, il est très difficile de pratiquer à ce moment un curettage complet et d'extraire tous les débris de môle.

Les suites de couches doivent être attentivement surveillées. Pour peu qu'il y ait un débris retenu dans la cavité utérine, c'est l'hémorragie utérine, c'est l'infection qui guette la malade. En présence de lochies fétides et d'accidents fébriles, on aura recours tout d'abord aux injections utérines répétées ou à l'irrigation continue. Mais, si les accidents persistent, un curettage devra être fait, répété une ou plusieurs fois par la suite, s'il le faut, avec

examen histologique, ce dernier seul pouvant permettre de poser le diagnostic de chorio-épithéliome.

L'hystérectomie.

Il y a une vingtaine d'années, le principe de traiter toutes les mûles vésiculaires par l'hystérectomie avait été posé. On devait agir ainsi dans un but prophylactique pour prévenir la possibilité d'accidents graves dus à l'envahissement de la paroi utérine par les éléments de la mûle. Solovij, entr'autres, réclamait la nécessité de l'hystérectomie précoce ou « préventive » aussitôt ou peu après l'expulsion de toute mûle dépassant le 4^e mois.

Une telle conduite a soulevé de nombreuses objections et ne semble pas, pour le moment, tendre à se généraliser.

Pourtant l'hystérectomie semble avoir des indications, aussi bien, avant, que pendant, ou après le travail d'expulsion.

Fournel (1902) considérait qu'elle pouvait être l'intervention de choix, même avant tout travail d'expulsion et à l'exclusion de toute tentative par voie vaginale, dans les cas suivants : « Première indication, lorsque la mûle est interstitielle ou encapsulée... L'existence d'une variété interstitielle de mûle hydatiforme n'est pas démontrée; les examens histologiques, démontrant la présence de fibres musculaires dans la cloison qui sépare cette mûle d'avec le canal utérin, prouveraient seuls que cette mûle est développée dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Mais il existe une variété dans laquelle la mûle, emprisonnée par une caduque épaissie et devenue fibreuse, ne peut sortir par les voies naturelles. La diagnostic de cette variété avec cloisonnement n'est pas impossible. Lorsque les signes classiques permettent de croire à l'existence d'une mûle, on pourra penser que cette mûle est emprisonnée, si l'absence absolue d'expulsion de vésicules, depuis le début, concorde avec une gestation prolongée au delà du terme normal de la grossesse. Plus la prolongation de la gestation dans les mêmes conditions sera grande et plus le diagnostic de mûle encapsulée sera probable.

Si, chez une femme jeune, l'on se trouve en présence d'une gestation certainement et uniquement molaire n'ayant pas atteint la durée de 9 mois, il sera permis de tenter d'établir le diagnostic de l'emprisonnement de la môle d'une façon plus précoce et sans attendre le terme de la gestation normale, au moyen du toucher intra-utérin. On ne fera pas cette exploration sans avoir tout préparé pour une hystérectomie abdominale extemporanée.

Deuxième indication : Si le toucher intra-utérin, pratiqué pendant la grossesse molaire, révèle un amincissement localisé de la paroi utérine.

Troisième indication : lorsque la môle, même libre, est associée à une lésion utérine ou annexielle justiciable à elle seule de l'hystérectomie : fibrome, cancer, salpingo-ovarine double; que la dégénérescence annexielle soit, ou non, due à la présence de la môle et quel que soit l'âge de la femme.

Quatrième indication : môles graves des femmes âgées. »

En dehors de ces cas, l'hystérectomie peut encore être indiquée avant travail lorsqu'il y a pénétration de la paroi utérine par les vésicules au point que ces dernières deviennent perceptibles au palper.

Lorsque l'utérus est envahi par les éléments proliférants du syncytium et de la couche de Langhans, la rupture utérine peut se produire pendant l'évolution de la grossesse molaire mais, le plus souvent, cet accident arrive au moment de l'expulsion de la môle. D'autre part, nous savons que la rupture utérine peut être consécutive à une intervention (application de ballon, tamponnement utérin, curettage) sur une paroi amincie. Dans ces divers cas, en présence des signes d'hémorragie interne, il faut pratiquer la laparotomie et enlever l'utérus. Christopher Martin (Obs. III. d'Ouvry) put ainsi sauver une malade auprès de laquelle il fut appelé 4 heures après l'accouchement d'une môle, en pratiquant de suite une hystérectomie abdominale.

Enfin, après l'expulsion d'une môle, l'hystérectomie est souvent indiquée. Dans l'observation VI, on n'ose pas tenter un curettage instrumental pour supprimer l'infection des suites de couches, car on a constaté l'amincissement de la paroi au

moment du curage digital. D'ailleurs, dans le cas particulier, l'âge de la malade (53 ans) plaidait en faveur d'une hystérectomie.

Lorsqu'après l'expulsion d'une môle, apparaîtront des hémorragies, rebelles à toute intervention et notamment à des curetages répétés, accompagnées souvent d'un écoulement fétide, l'examen microscopique d'un bourgeon intra-utérin enlevé par curetage sera nécessaire pour porter le diagnostic de chorio-épithéliome en voie de développement. L'hystérectomie sera alors le seul espoir de salut pour la malade. Cette hystérectomie devra même être précoce si l'on veut empêcher la tumeur maligne d'envahir l'organisme par généralisation ou par métastases et si l'on veut intervenir dans des conditions favorables, avant que les hémorragies et l'infection n'aient mis la malade dans l'impossibilité de supporter l'intervention.

En résumé, nous voyons que les indications de l'hystérectomie sont nombreuses et qu'il y a toujours lieu d'envisager l'éventualité d'une telle intervention chez les malades qui viennent d'expulser une môle ou qui sont encore en état de gestation molaire. Comment se fait-il donc que le nombre d'interventions soit encore des plus restreints ? C'est que les contre indications sont assez nombreuses :

L'ablation de l'utérus, c'est, en effet la suppression de parti pris de toute grossesse future, alors qu'il est parfaitement reconnu qu'une grossesse normale peut succéder à une grossesse molaire. L'âge de la malade devra donc être mis en cause avant de songer à intervenir aussi radicalement.

Si, chez une femme qui a un nombre normal d'enfants et qui est près de la ménopause, l'hystérectomie peut-être l'opération de choix pour peu que des symptômes cliniques graves (cachexie à marche rapide, hémorragies profuses et incoercibles) accompagnent l'évolution de la grossesse molaire ou pour peu que l'infection des suites de couches se manifeste en même temps que l'amincissement de la paroi utérine (Obs. VI), chez une femme jeune, au contraire, il y aura lieu d'éviter le plus possible une mutilation inutile. On hâtera l'évacuation de l'utérus, ainsi

qu'il a été déjà dit, et on fera suivre l'expulsion de la môle d'un curage digital d'abord, puis d'un curettage instrumental prudent. On soumettra ensuite de telles malades à une observation rigoureuse et, au premier symptôme de dégénérescence maligne, on pratiquera l'ablation de l'organe malade.

D'autre part, on ne peut pas dire que toutes les femmes qui ont une môle sont fatalement exposées à avoir un chorio-épithéliome. Le Professeur Budin a vu des cas de môle datant de 5, 10 et 15 ans dans lesquels cependant le chorio-épithéliome n'est pas apparu.

Briquel n'écrivait-il pas en 1903 : « Le chiffre de 5 à 10 % de mortalité que donnent les récentes statistiques d'hystérectomie est trop élevé pour permettre d'en pratiquer systématiquement. Ce chiffre dépasse, nous en avons la conviction, la proportion pour 100 de môles cliniquement malignes, c'est-à-dire suivies de pla-cutome malin. »

Il est vrai que les statistiques sont loin de concorder quant au pourcentage des chorio-épithéliomes succédant à des môles. Nous avons vu que l'Américain Taylor accusait le chiffre de 16 %. Pour Pestalozza cette fréquence serait de 14 %, et de 25 % pour Essen Moller (Précis d'obst., Ribemont Dessaignes-Lepage).

L'opération elle-même de l'hystérectomie peut être contre-indiquée lorsque la malade est dans un état de cachexie ou de faiblesse tel qu'elle ne peut pas supporter l'intervention.

L'oscillométrie pourra d'ailleurs nous fournir de précieux renseignements. Elle indiquera l'énergie cardiaque par la connaissance de la pression variable $Mx - Mn$. Une faible variable, indice d'un état d'hyposystolie ou d'asystolie, sera évidemment une contre-indication formelle à l'acte opératoire, c'est-à-dire au shock produit par l'anesthésie et l'intervention elle-même. Il sera donc de toute nécessité, dans ces cas particuliers, de relever au préalable l'état fonctionnel cardio-vasculaire.

Dans les six observations d'hystérectomie que nous publions, une seule fois (Obs. VI), la voie vaginale fut employée. L'opéra-

tion fut d'ailleurs difficile du fait du volume de la matrice (tête d'adulte) et de sa mollesse.

Les cinq autres fois, on pratiqua l'hystérectomie abdominale, deux fois l'hystérectomie subtotale (Obs. I et II), deux fois l'hystérectomie totale (Obs. III et V). Dans l'Obs. IV, il n'est pas fait mention de la variété employée.

D'une façon générale, il semble que l'hystérectomie abdominale soit préférable, car le muscle qui est souvent envahi par les éléments de la môle risque de ne pas pouvoir résister à la pression nécessaire à son abaissement dans le cours d'une hystérectomie vaginale.

Nous voyons que les résultats opératoires sont bons, puisque cinq fois sur six la guérison a été obtenue; il semble d'ailleurs que le seul cas de mort observé (Obs.V) est dû à l'état cachectique trop prononcé de la malade; cet état ne lui a pas permis de supporter l'opération.

L'hystérotomie.

Nous ne terminerons pas cette étude sur le traitement de la môle hydatiforme sans relater qu'au cours de nos recherches, nous avons rencontré deux observations d'hystérotomie pratiquée, après laparotomie exploratrice, pour une môle cliniquement méconnue. L'une d'elles (Tesson, 1901), suivie de curettage, entraîna la guérison. L'autre (Julien, 1909), pratiquée chez une malade à bout de résistance, fut suivie de mort quatre jours après.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

Môle hydatiforme traitée par l'hystérectomie abdominale pratiquée pendant la grossesse molaire. Guérison.

(FOURNEL (C). *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1902, 881-885).

Mme X..., âgée de 52 ans, demeurant à Paris, ne présente rien de pathologique dans ses antécédents héréditaires. Sa mère a été tuée, à 76 ans, dans un accident de voiture; son père vivant et bien portant, est âgé de 79 ans.

Antécédents personnels : Dans l'enfance, néant. La première menstruation fut un peu tardive (16 ans $\frac{1}{2}$). Elle fut accompagnée d'une poussée eczémateuse généralisée; le retour des menstrues se fit désormais régulièrement chaque mois, avec une durée de 4 jours.

Mariage à l'âge de 22 ans avec un homme de 24 ans, actuellement encore vivant et en bonne santé.

Première couche à l'âge de 23 ans; la grossesse et l'accouchement furent naturels; la mère eut, de nouveau, un eczéma avec fortes démangeaisons après son accouchement. Peu de temps après, la sage-femme trouva la matrice déplacée et fit porter une ceinture. L'enfant (fille) vit encore.

Deuxième couche au bout de 14 mois. Pendant toute la grossesse la mère avait souffert d'une récurrence de son eczéma. L'accouchement eut lieu à terme; enfant vivant qui mourut 16 jours après sa naissance. Suites de couches normales pendant lesquelles l'eczéma de la mère disparut rapidement.

Avortement en 1878. La grossesse était de 4 mois environ; son interruption fut due, pense la malade, à un traumatisme. La convalescence, après l'avortement, dura 15 jours et 3 semaines.

Quatrième couche en 1881. Grossesse normale. Accouchement à terme. Gros garçon qui mourut au bout d'un an de la coqueluche.

Nous ignorons absolument si la sage-femme s'assura que le

délivre était complet et si les soins furent suffisamment aseptiques; la malade rapporte qu'elle eut à subir de grandes fatigues peu de temps après l'accouchement. Ce qui est certain, c'est qu'il y eut alors une infection utérine puerpérale légère. Après le retour de couches, apparut normalement six semaines après l'accouchement, il se produisit des hémorragies à plusieurs époques successives. Les règles se présentaient alors avec cinq à six jours d'avance, duraient six jours de suite au lieu de quatre comme autrefois, et leur abondance en faisait de véritables pertes. Au bout de quelques jours tout rentrait dans l'ordre, il n'y avait pas de métrorragies intercalaires aux époques.

En novembre 1894, à ces accidents menstruels viennent s'ajouter des douleurs abdominales du côté gauche et de la leucorrhée; un médecin diagnostique une métrite et la soigne pendant six mois au moyen de cautérisations, tampons, bains.

Vers la fin de 1895, la malade s'aperçut pour la première fois qu'elle portait une grosseur dans le ventre. Cette grosseur était localisée au-dessus de la symphyse pubienne; elle s'accrut dans le cours des années suivantes avec régularité et lenteur. Cette période d'accroissement lent, accompagnée de l'état ménorragique dont nous avons parlé plus haut, dura jusqu'en septembre 1900. Depuis novembre 1894 jusqu'à septembre 1900, jamais la tumeur n'a été assez grosse pour atteindre jusqu'au niveau de l'ombilic, ni pour remplir les flancs.

C'est seulement pendant l'été de 1900 qu'il y eut augmentation plus rapide du volume de la tumeur. La malade spécifie très clairement que l'ombilic et les flancs furent atteints cette fois. Cet accroissement, d'ailleurs indolent, fit disparaître la pollakiurie qui existait depuis des années : donc l'utérus devenait trop gros pour habiter la cavité pelvienne et subissait une ascension pour élire domicile dans l'abdomen.

Nous supposons que cet accroissement de l'utérus se rattache à une imprégnation gravidique. Mais, comme il n'y eut jamais aucune interruption des règles, comme les époques revenaient tous les mois et tendaient même alors un peu à se rapprocher, à l'instar des années précédentes (hémorragies dues à des fibromes), la date de l'imprégnation reste imprécisée; on verra que malgré cela la môle, à peine constituée sans doute, révéla pour la première fois sa présence avec une brusquerie et une netteté qui nous permettent

de déterminer l'époque où la grossesse est devenue monstrueuse.

En septembre 1900, en effet, le décor change à vue. Il développerait tous les symptômes classiques de la môle hydatiforme si deux ne manquaient au tableau. En premier lieu, jamais la malade n'a expulsé ni n'expulsera de vésicules; en second lieu, on ne peut pas apprécier s'il y a défaut de rapport entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, puisqu'on ne connaît pas le début de celle-ci.

Il y eut quatre symptômes caractéristiques : des pertes d'une nature particulière; des alternances dans le volume de la tumeur, alternances en rapport avec les pertes; la consistance de la tumeur; une cachexie spéciale précoce.

Les métrorragies, qui ont failli emporter la malade, n'ont commencé à être violentes qu'en septembre 1900; le sang apparut alors toutes les trois semaines, l'hémorragie durait six jours, pendant lesquels il fallait garder le lit; puis, les dix jours suivants, l'hémorragie était remplacée par une perte d'eau assez abondante pour que la malade fut obligée de se garnir; il y avait alors cinq jours indemnes de toute perte; aux 6^e ou 7^e, l'hémorragie recommençait.

La tumeur paraissait se vider sous l'influence de ces pertes de sang et d'eau. Elle n'était jamais plus grosse qu'un peu avant les pertes et au début de celles-ci, jamais plus petite qu'après la terminaison des pertes aqueuses. La diminution était si considérable qu'elle fit naître à plusieurs reprises, dans l'esprit de la malade, la confiance absolue en une guérison spontanée.

Cependant, dès octobre 1900, c'est-à-dire à peine après l'apparition de la première perte, la malade avait pâli et perdu brusquement toutes ses forces. Elle dut renoncer à tout travail, l'amaigrissement était rapide; elle reporte nettement à cette date d'octobre 1900, un affaiblissement tel, qu'elle ne pouvait plus, dit-elle, déplacer une chaise. Donc cachexie précoce, qui se compliqua d'œdème des jambes plus tard.

Enfin, en ce qui concerne la consistance de la tumeur, il semble bien qu'il ait existé, depuis cette même date d'octobre 1900, une dureté particulière, un état de tension permanent, puisque la malade avait coutume de répéter déjà : « Mais vraiment, j'ai un pavé dans le ventre. »

Aucune douleur, aucun semblant de travail d'expulsion. Le

tableau resta aussi clair de ton et aussi net de lignes jusqu'en octobre 1901, c'est-à-dire pendant treize mois. Alors la malade jugea à propos de s'appliquer à elle-même des courants continue au moyen d'un appareil vendu par des industriels qui lui promettaient la guérison sans opération. La malade fit 34 applications, une chaque jour pendant fin octobre et tout novembre 1901; ces applications furent le coup de grâce, les pertes ne cessèrent plus, il apparut une douleur dans la cuisse droite et de l'œdème aux deux mollets. On sentait facilement, paraît-il, la tumeur durcir davantage encore sous l'application du courant électrique.

D'autres moyens médicaux furent appliqués sans succès.

Examen clinique et signes physiques, décembre 1901. — Nous voyons la malade pour la première fois en décembre 1901. Nous la trouvons au lit, dans l'impossibilité de se lever. Elle a tout l'aspect d'une cachectique; face et téguments du corps d'un blanc cireux; absence apparente de chair musculaire aux bras et aux jambes, flaccidité de la peau qui est sèche. Emaciation qui concorde avec les dires de la malade, se déclarant trop faible pour pouvoir déplacer une chaise.

A l'examen des urines, ni albumine, ni sucre.

A la palpation du ventre, on tombe d'emblée sur une grosse tumeur dont le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur semble avoir la dureté de la pierre, aucune fluctuation, aucune rénitence; la malade a constaté elle-même cette dureté depuis plus d'un an, comme il est dit plus haut. Pas d'irrégularités ni bosselures accessibles sur la face antérieure de la tumeur.

Le toucher vaginal, pratiqué avec douceur à cause de l'hémorragie persistante, et après ablation des caillots de sang qui obstruent le vagin, trouve un col hypertrophié, non effacé, dont la pointe est un peu ramollie et dont l'orifice externe admet l'extrémité de la phalange.

Le palper combiné au toucher montre que la tumeur est bien l'utérus hypertrophié, que les mouvements peu étendus que l'on peut imprimer à la tumeur se communiquent au col. Le segment inférieur de l'utérus n'est pas développé ni largement accessible au toucher.

Pas de ballotement vaginal ni abdominal.

Auscultation négative : ni bruits fœtaux, ni bruits maternels.

Quel diagnostic fallait-il poser ? Notre diagnostic fut : fibromes utérins certains, avec complication probable d'une autre dégénérescence ou avec adjonction d'une autre lésion. Mais quelle était cette autre lésion ? Si nous avions trouvé dans les commémoratifs une interruption des règles, certes nous eussions pu être absolument affirmatif. La coïncidence de fibromes nous ayant enlevé cet important élément d'appréciation, nous devons être plus réservé.

L'abondance et la longue durée des pertes séreuses, leur rapport avec des alternances dans le volume de l'utérus, ne pouvaient pas laisser croire que la lésion utérine fut une lésion fibromateuse simple. Nous en dirons autant de cette dureté marmoréenne du globe utérin qu'aucun fibromé ne nous a jamais donnée; dureté si insolite que ce fut elle qui éveilla notre attention et nous incita à faire un interrogatoire plus précis. Après avoir passé en revue et éliminé successivement plusieurs dégénérescences, en particulier les dégénérescences sarcomateuses, auxquelles l'état général faisait penser, mais que l'indépendance de l'utérus et la longue durée de l'affection ne permettaient pas de retenir, nous arrivâmes, par exclusion, à considérer comme complications possibles : soit la présence d'une môle hydatiforme ancienne, soit une de ces rares dégénérescences des fibromes dont certains auteurs ont signalé des exemples fort mal connus, soit tout simplement la dégénérescence fibro-kystique.

Nous nous demandâmes un instant si nous ne devions pas tenter le toucher intra-utérin. Il eut été nécessaire, pour cela, et de faire une dilatation artificielle du col et de pratiquer l'anesthésie, afin de nous donner la possibilité de placer la main tout entière dans la cavité vaginale; il y avait là une exploration assez pénible et assez longue à préparer; nous avons cru devoir l'épargner à une malade que le moindre mouvement menaçait de faire tomber en syncope.

D'ailleurs le doute entre ces diverses complications possibles ne pouvait pas arrêter notre bistouri. Pour un fibrome soit kystique, soit atteint d'une autre dégénérescence, l'indication opératoire doit être considérée comme identique.

Quant à la môle en rétention, un chirurgien a quelque peine à concevoir pour quelle raison il traiterait cette variété autrement qu'il ne le ferait d'une grossesse extra-utérine dont elle présente tous les dangers et d'autres encore. Puisque ni l'expectation, ni

l'intervention par voie vaginale n'ont pu empêcher les porteuses de môle encapsulée et disséquante de succomber dans tous les cas au cours du travail; puisque pour cette variété la voie vaginale c'est la mort; l'adjonction possible d'une môle ne nous détourne en aucune façon de l'hystérectomie commandée par la fibromatose certaine, et nous acceptons cette possibilité comme une indication de plus à l'ablation abdominale des organes.

En attendant l'opération, et à cause des lypothimies et syncopes: tamponnement vaginal, sérum 1.000 gr. par jour, position horizontale, etc.

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale est pratiquée le 21 décembre 1901. Voici l'énumération des temps opératoires :

Ouverture de l'abdomen par incision remontant à un centimètre au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au pubis; les viscères, en particulier l'intestin grêle, paraissent exsangues, leur coloration est d'un blanc jaunâtre à peine teinté de rose pâle.

Enucléation de l'utérus hors du ventre.

Ponction de l'utérus et évacuation d'environ 600 cc. d'un liquide poisseux, couleur rouge orangé. (Ce liquide était tout entier contenu dans un œuf entouré d'une caduque; il n'y en avait pas une goutte dans la cavité utérine proprement dite.)

Ablation bi-latérale des annexes.

Décollement de la vessie, section de la portion sus-vaginale du col.

Destruction de la muqueuse cervicale au thermocautère; suture à la soie du moignon cervical; ligatures.

Surjet du péritoine pelvien; fermeture du ventre sans drainage; le moignon est abandonné dans le ventre.

L'opération, en comptant depuis le premier coup de bistouri jusqu'au moment où l'abdomen est entièrement refermé et suturé, a duré une heure et quart, avec une perte de sang à peu près nulle.

Les suites opératoires furent assez simples. Pas de vomissements chloroformiques. Miction spontanée dès le soir de l'opération. Du 4^e au 8^e jour nous fûmes cependant sérieusement inquiété par une menace d'escare au sacrum qui pouvait n'être pas sans signification chez une malade opérée dans un véritable marasme; les soins médicaux d'usage détournèrent ce danger.

La température resta au-dessous de 38° les trois premiers jours, pour atteindre 38°2 le soir du 4^e jour, et même 39° le soir du 6^e

jour. Ensuite, la température a baissé pour rester au-dessous de 37° dès le 11^e jour. Des injections de sérum dans le tissu cellulaire, à la dose d'un litre par jour, avaient été commencées 3 jours avant l'opération et furent continuées pendant 5 jours après.

L'opérée s'est levée le 30^e jour et a quitté la maison de santé quelques jours après en parfaite santé, mangeant et digérant bien. Revue trois mois après l'opération, la convalescente était dans l'état le plus florissant.

OBSERVATION II

*Môle hydatiforme avec hémorragie intra-utérine et infection. —
Hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.*

(DELAGÉNIÈRE (H.). *Archives médicales d'Angers*, 1902, VI, 313-317)

La nommée H... (Léontine), âgée de 24 ans, demeurant à Vaas, domestique, m'est adressée par le Docteur Simon, de Vaas, pour une tumeur abdominale à développement rapide, le 7 octobre 1901.

Rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été régulière jusqu'à son mariage, il y a trois mois.

Ses règles attendues le 25 juillet, font défaut. Elle se croit enceinte et éprouve de suite certains malaises, des nausées, quelques vomissements, des dégoûts, de la somnolence; elle a aussi des picotements dans les seins. Cet état dure jusqu'à la période menstruelle suivante. A ce moment, les règles semblent venir; mais le sang est noir, poisseux. Ces prétendues règles, au lieu de se terminer en quelques jours, persistent continuellement. En même temps l'état général s'altère, la malade maigrit, perd complètement l'appétit.

En même temps il se développe une tumeur au-dessus du pubis, qui semble grossir beaucoup plus rapidement qu'un utérus gravide. Enfin, le 15 septembre, la malade éprouve une douleur vive dans le bas-ventre. L'abdomen devient douloureux et il se manifeste des signes de péritonite pelvienne qui se localise bientôt; mais l'état général de la malade s'altère; elle présente le soir une élévation de température, a parfois des frissons et prend une teinte sub-ictérique très accusée.

C'est dans cet état qu'elle arrive à la clinique.

Etat avant l'opération. — Elle a le teint jaune paille, les sclérotiques très légèrement teintées. Les urines peu foncées ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais de l'indican en quantité notable. La malade est amaigrie et se nourrit seulement de liquides; son estomac ne peut conserver les aliments solides. La circulation est défectueuse; il y a de l'hypotension, des faux pas dans la contraction cardiaque; le pouls est petit et rapide, il oscille entre 100 pulsations le matin, et 115 à 120 le soir. La température, normale le matin, atteint 39° le soir. La malade dort peu, a du délire; la nuit elle se plaint de frissons, de courbatures et de sueurs nocturnes.

Elle souffre de son ventre et perd continuellement un liquide noirâtre poisseux, d'odeur infecte. Au toucher, le col utérin paraît normal, légèrement ramolli cependant. Il s'écoule par son orifice le liquide noirâtre déjà signalé. Le palper combiné au toucher permet de reconnaître l'existence d'une tumeur médiane mobile dont les mouvements se communiquent au col utérin, mais cette tumeur est fluctuante et douloureuse à la pression. Elle remonte jusqu'à l'ombilic. En présence de ces signes et de la crise douloureuse du début des accidents, nous songeons à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu en voie de suppuration.

Opération le 11 octobre 1901. — La malade est endormie au chloroforme et la laparotomie sous-ombilicale est pratiquée comme d'habitude. En inclinant la malade, je constate quelques adhérences intestinales nouvelles et faciles à rompre, contractées dans le bassin autour d'une volumineuse tumeur médiane, d'aspect ardoisé. Cette tumeur est fluctuante et remplit le bassin. Je cherche les annexes qui sont accolées à la tumeur médiane. Les ovaires sont kystiques des deux côtés et ont le volume d'un œuf d'oie. La tumeur est donc constituée aux dépens de l'utérus; son aspect et les symptômes d'infection observés chez la malade me décident à en faire l'extirpation. Je procède donc, d'après ma méthode ordinaire, à l'ablation de l'utérus dont je ne laisse que l'extrémité du col, faisant l'amputation de l'organe au-dessus du dôme vaginal. L'hémostase terminée, la collerette est soigneusement suturée et le ventre est refermé comme à l'ordinaire.

Suites opératoires. — Rien à signaler comme suites sinon que la température est redevenue normale dès le soir de l'opération. Les troubles dyspeptiques ont cessé seulement le 8^e jour et sous

l'influence de l'alimentation liquide; la température s'est élevée pendant quelques jours au-dessus de 38°.

Le 22^e jour, la malade était complètement guérie et quittait la clinique le 25^e jour. Son aspect était toujours chétif et malingre et est resté précaire jusqu'à aujourd'hui. Le Docteur Simon, qui a bien voulu m'en donner des nouvelles le 4 mai 1902, m'apprend que l'état général laisse toujours à désirer; la malade manque de forces mais elle se nourrit mieux.

Examen des pièces. — L'utérus est globuleux, bleu ardoisé et présente sur son fond des traces d'adhérences rompues. Il pèse un kilogramme. En l'incisant sur la ligne médiane, on reconnaît que ses parois sont minces, et, dès que la cavité est ouverte, il s'en échappe des caillots de sang noir et fétide. Vers le fond de l'organe on trouve une masse charnue du volume des deux poings et constituée par un amas de petits kystes du volume de grains de groseilles blanches. Cette môle paraît implantée sur une portion charnue qui rappelle l'aspect d'un placenta et qui présente le volume environ de la paume de la main. Ce placenta est encore adhérent par une partie de sa surface, tandis que l'autre partie est décollée. Entre la paroi utérine et cette partie décollée, existe un caillot noir qui semble indiquer la façon dont s'est faite l'hémorragie intra-utérine.

Les ovaires des deux côtés renferment des kystes multiloculaires; ils ont le volume d'œufs d'oie. Les trompes paraissent normales.

Examen histologique dû à l'obligeance du Docteur Dufougeray (du Mans) :

« La tumeur présente à étudier trois parties :

» 1° Les vésicules hydatiques suspendues par un pédicule plus ou moins long à

» 2° Une membrane transparence très mince;

» 3° L'insertion placentaire y compris le tissu utérin sous-jacent.

» 1° Le tissu des vésicules se compose d'un revêtement épithélial recouvrant un tissu muqueux, dans lequel on trouve un grand nombre de cellules de dimensions variables, rondes, allongées, étoilées, à gros noyau. Le pédicule est formé des mêmes éléments.

» 2° La membrane transparente offre la structure du tissu muqueux pur.

» 3° A l'insertion placentaire on trouve dans certains points de véritables hématomes qui m'ont semblé répondre aux hématomes

sous-choriaux saillants dans la cavité de l'œuf. Un petit nombre d'entre eux forme des tumeurs hématiques analogues à celles décrites par Brens, seulement au niveau de l'insertion placentaire.

» 4° Le muscle utérin présente cette particularité, c'est que ses faisceaux sont comme dissociés et séparés par du tissu conjonctif renfermant un grand nombre de cellules embryonnaires.

» En résumé, il s'agirait d'une môle hydatique offrant l'aspect de la môle vésiculaire généralement décrite, mais présentant au niveau de l'insertion placentaire l'aspect de la variété sanguine de Brens. Un point qui me paraît intéressant mérite d'être signalé; la membrane transparente sur laquelle reposent les vésicules pédiculées ou sessiles est formée de tissu muqueux pur, mais il n'en est pas de même de ces vésicules. Celles-ci auraient, à mon avis, une tendance à avoir un tissu plus complexe se rapprochant du myxosarcome. »

Cette observation me paraît présenter un intérêt assez grand, surtout depuis les récentes publications parues sur le sujet. En effet, certaines observations cliniques tendraient à démontrer que la môle évoluerait comme une tumeur cancéreuse, envahissant bientôt la muqueuse puis le corps de l'utérus.

Au point de vue de son évolution, elle se rapporterait donc au déciduome malin qui peut-être ne constituerait qu'une phase plus avancée de la maladie. Il résulterait, au point de vue pratique, que le diagnostic de môle utérine devrait être l'équivalent de cancer de l'utérus, et nécessiterait comme seul traitement l'hystérectomie.

OBSERVATION III

*Môle hydatiforme traitée par l'hystérectomie abdominale totale.
Guérison.*

(A. MARTIN, — *Revue médicale de Normandie*, Rouen, 1912, 365-370)

En octobre 1909, je voyais avec le docteur Béal d'Argeuil, une femme de 28 ans, ayant déjà eu trois enfants, sans accidents particuliers. Elle avait été soignée pour métrite depuis 3 ans, et paraissait à peu près rétablie, lorsque, au cours d'une grossesse que la date des dernières règles faisait remonter au commencement d'août, elle fut prise coup sur coup d'hémorragies sérieuses. La dernière perte, survenue 18 jours avant ma visite, avait été particu-

lièrement abondante. La malade avait rendu de gros caillots et l'on avait cru à ce moment à une fausse couche.

Ce fut surtout à cause de douleurs vives abdominales durant depuis trois semaines, et prédominantes à droite, que je fus demandé. Ces douleurs étaient spontanées, mais augmentées par la pression. Elles s'irradiaient à toute la cuisse droite sous forme de crampes. Elles laissaient peu de répit à la malade.

Enfin, l'estomac ne tolérait plus rien ou presque rien, la malade vomissant tous les jours jusqu'à dix ou quinze fois. Trois ans auparavant, elle avait eu des accidents très nets d'ulcère gastrique (hématémèses, galtralgies, etc.). Un an auparavant, on l'avait enfin soignée pour scarlatine.

La métrorragie abondante qui avait précédé de deux semaines environ ma visite, me fit supposer que l'embryon avait été expulsé, bien qu'on n'en ait pas vu trace, car les caillots n'avaient pu être examinés par mon confrère. De plus, le toucher me faisait constater une masse dure et résistante, en arrière du col, dans le cul de sac de Douglas, derrière et au-dessous d'une grosse tumeur abdominale, fluctuante et régulière; je pris cette masse pour l'utérus en sub-involution, la grosse tumeur abdominale étant diagnostiquée kyste de l'ovaire en voie d'évolution rapide.

L'intervention chirurgicale était indiquée par un tel diagnostic.

Elle fut donc décidée rapidement à cause des douleurs.

Le 27 octobre 1909, la malade est laparotomisée. Dès l'ouverture du ventre, mon confrère, le docteur Béal, et moi, ainsi que mon assistant habituel, le Docteur Pelletin, nous avons en quelque sorte spontanément et simultanément la même impression; c'est qu'il s'agit non d'un kyste, mais d'une môle hydatiforme. L'utérus, en effet, apparaît sous nos yeux, gravidé, énorme, régulier, flasque. Ma main en fait le tour. Mais, au cours de cette exploration intrapéritonéale, voilà qu'elle rencontre non pas un, mais deux kystes ovariens. Ils ont chacun le volume d'un gros œuf de dinde, ils siègent en arrière de la masse utérine, et c'est l'un de ceux-ci que j'avais pris tout d'abord, lors d'un examen rapide avant l'opération pour l'utérus lui-même.

Ces kystes sont attirés hors du ventre, pédiculisés et enlevés. C'étaient deux kystes multiloculaires. Ils étaient certainement, du fait de leur enclavement dans le bassin, pour quelque chose dans les phénomènes de compression, qui avaient causé de si vives dou-

leurs à la malade, tant du côté du ventre, que du côté des membres inférieurs.

Que faire ensuite ? Il fallait prendre une décision rapide. Il nous parut logique et indiscutable de faire, séance tenante, l'ablation de l'utérus lui-même. Bien des raisons plaidaient pour ce traitement radical. D'abord l'état de la malade, très compromis par des hémorragies abondantes et répétées, dont la dernière la veille de l'opération, lui avait laissé le pouls petit, fréquent, à 120; ensuite l'inutilité de conserver un utérus devenu inutilisable puisque, du fait de l'ablation des deux kystes ovariens, toute grossesse future devenait impossible; enfin, en plus du danger immédiat d'une nouvelle hémorragie, celui non moins grand d'une dégénérescence possible de la môle, je veux dire du déciduome malin (aboutissant fréquent de la môle hydatiforme).

Pour ces motifs bien justifiés, nous rejetâmes d'un commun accord le curettage; et, de suite, je fis une hystérectomie abdominale totale. L'utérus, ouvert après l'opération, était bourré d'une masse hydatiforme sans traces d'embryon. L'intervention fut suivie de succès, et la malade se rétablit rapidement. Elle n'a, depuis lors, présenté aucun accident.

Ce que j'avais pris pour un kyste ovarien n'était autre que l'utérus distendu dans des proportions presque invraisemblables pour une grossesse de 2 mois $\frac{1}{2}$, car il remontait à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. D'autre part, j'avais pris un kyste ovarien du volume du poing pour la matrice rétrofléchie...

OBSERVATION IV (traduite de l'anglais).

Môle hydatiforme traitée par l'hystérectomie abdominale. Guérison.

(TAYLOR (H.-C.). — *American Journal of Obstetrics.*

New-York, 1912, LXV, 627-629.)

M^{me} I..., Italienne, âgée de 49 ans, mariée depuis 23 ans, a eu 6 enfants, le premier il y a 21 ans et le dernier 4 ans. Elle a eu 7 fausses couches, la dernière il y a 5 ans, toutes entre le 2^e et le 4^e mois, et toutes, apparemment, sans infection. Elle n'a pas eu de douleurs abdominales ni de douleurs lombaires, sauf pendant les périodes menstruelles. Pas de perte de poids ni de forces. Ses règles, dans les 7 dernières années, sont arrivées toutes les deux à quatre semaines, durant 5 à 6 jours et d'une abondance moyenne.

La dernière période menstruelle remonte à 10 semaines quand elle vient me voir. Il est vrai que depuis six semaines, elle a perdu assez fréquemment, de sorte qu'elle est assez anémiée au moment de mon examen. Je trouve un utérus mou, gros comme un utérus gravide de 4 ou 5 mois. Je porte le diagnostic de fibrome de l'utérus ou de fausse couche incomplète et je l'envoie à l'hôpital Roosevelt aux fins d'opération.

A l'opération, le diagnostic de môle hydatiforme est porté d'après le contenu de l'utérus et une hystérectomie abdominale est faite immédiatement. On prit cette décision parce que l'on croyait qu'il y avait moins de risques immédiats avec une hystérectomie qu'avec un curettage de l'utérus chez une femme qui était en mauvaise condition à la suite des hémorragies qui avaient précédé mon examen. Il semblait d'ailleurs dangereux d'exposer une femme de 49 ans à la dégénérescence chorio-épithéliomateuse. La guérison fut assez rapide et la malade quittait l'hôpital le 18^e jour.

Examen des pièces pratiqué par le Docteur Warren :

L'utérus présente les caractères d'un utérus normal gravide.

Dimensions : $12 \times 6 \times 7$ ct. Annexes adhérentes.

Poids : 12 onces $\frac{1}{2}$ sans la môle. La môle pèse 6 onces $\frac{1}{2}$.

Des parties de la môle et deux coupes de l'épaisseur totale de la paroi utérine, une de l'aire placentaire, furent prélevées pour l'examen microscopique.

La partie prélevée sur la môle montre un grand nombre de vésicules, la plupart d'entre elles recouvertes d'une double assise cellulaire (Langhans et Syncitium). Une prolifération marquée semble exister dans la couche syncitiale.

Dans la paroi de l'utérus, des cordons de grandes cellules épithélioïdes ont envahi le tissu musculaire.

Diagnostic : Môle hydatiforme. Dégénérescence prochaine chorio-épithéliomateuse.

OBSERVATION V

*Môle hydatiforme traitée par l'hystérectomie abdominale totale.
Mort.*

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY).

Société de gynécol. et d'obstétrique de Bordeaux, 22 février 1921.)

Clotilde S..., âgée de 39 ans, se présente à l'hôpital Saint-André,

le 2 janvier 1921. Elle est admise, en raison de son extrême affaiblissement, dont la cause paraît être dans de violentes hémorragies remontant à quelques jours.

Dans ses antécédents héréditaires, rien à signaler.

Dans ses antécédents personnels, seule l'histoire des grossesses précédentes offre quelque intérêt. La malade a 4 enfants vivants : l'aîné est âgé de 18 ans, le plus jeune de 11. Tous sont, paraît-il, bien portants. D'autre part, la malade accuse 3 fausses couches survenues sans raisons apparentes, les deux dernières étant postérieures à la naissance du dernier enfant vivant. La malade raconte également qu'à chacune de ses grossesses elle a été très fatiguée; elle se souvient surtout d'avoir eu, au cours de chacune d'elles, des vomissements abondants et fréquents.

La malade a eu ses dernières règles le 14 septembre 1920. Un médecin consulté à la fin du mois suivant conclut à un début de grossesse. Déjà une certaine asthénie se manifeste, les vomissements apparaissent, les seins commencent à grossir.

Vers le 15 novembre, sans motif apparent, une hémorragie abondante se déclare. D'après les dires de la malade, le sang évacué est rouge, sans caillots. Trois jours plus tard, nouvelle hémorragie très abondante. Une troisième hémorragie survient 3 ou 4 jours après, aussi abondante et s'accompagnant, comme les précédentes, de vomissements.

Les jours suivants, et jusqu'à son entrée à l'hôpital, la malade va en s'affaiblissant; elle est obligée de s'aliter. L'intolérance gastrique s'exagère jusqu'à empêcher toute alimentation. Les pertes de sang continuent par intermittences; elles sont d'importance variable, mais sans atteindre jamais celles signalées précédemment.

Examen clinique le 3 janvier 1921. — On est frappé tout d'abord par le mauvais état général. L'amaigrissement est effrayant, jusqu'à laisser voir les battements des fémorales et de l'aorte abdominale. La malade est dans l'impossibilité de se déplacer; la parole même la fatigue. Facies terreux.

Le toucher vaginal pratiqué révèle un col très dur, surtout sur sa lèvre postérieure; le corps de l'utérus est mobile, sans caractères spéciaux, mais augmenté de volume. Au spéculum, on constate des lésions de métrite cervicale et l'induration du col, ne permettant pas d'espérer un accouchement normal.

Le palper abdominal permet d'apprécier l'augmentation de

volume de l'utérus qui remonte à environ 3 doigts au-dessus de la symphyse pubienne; il ne semble pas alors correspondre à une grossesse qui daterait de 4 mois.

Les seins sont redevenus normaux. La température est normale. Pas d'albumine dans les urines. A l'auscultation, on trouve à gauche une respiration diminuée et rude, mais sans lésions du sommet.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, la cachexie fait de rapides progrès. Les troubles gastriques sont de plus en plus marqués; les vomissements aqueux sont incessants; la malade ne peut supporter aucune nourriture.

Les pertes de sang ont à peu près cessé bien qu'il persiste de petits suintements. A noter aussi 3 ou 4 épitaxis peu abondantes.

Le 12 janvier enfin, survient une nouvelle hémorragie abondante qui marque une aggravation de l'état général. Le pouls est rapide, petit, à 120. La malade est soumise au sérum glucosé adrénaliné.

Le diagnostic de chorio-épithéliome est porté et on décide d'intervenir radicalement.

L'opération est pratiquée le 15 janvier 1921. La tension artérielle prise à la salle d'opération donne aux environs de 10 quelques oscillations (amplitude 3) qui cessent à 9. Pas de maxima et de minima distinctes.

Après la rachianesthésie, la tension étant reprise, on retrouve les mêmes oscillations, mais à 9 seulement.

Anesthésie à l'éther par suite de l'insuccès de la rachianesthésie.

La malade est décédée 3 heures environ après l'intervention.

Examen des pièces :

L'utérus ouvert renferme une môle ayant les dimensions d'une grosse grappe de raisins avec de multiples kystes hydatiformes typiques. La môle est peu adhérente à la muqueuse utérine épaissie (3 travers de doigt). Du côté de la face séreuse, le corps utérin ne paraît envahi qu'en un point suspect où on fait un prélèvement.

Examen histologique pratiqué par M. le Professeur Sabrazès :

La môle est solidement implantée dans le corps utérin. Les villosités présentent des dilatations kystiques. Peu de plasmodium. Beaucoup de foyers hémorragiques. On trouve aussi des cellules déciduales.

L'utérus n'est pas envahi; mais les faisceaux musculaires sont comme dissociés par un tissu conjonctif souvent très lâche, comme oedémateux. Ce tissu conjonctif est en prolifération.

Autour des vaisseaux on trouve une réaction inflammatoire

souvent très marquée (lymphocytose, plasmocytose). Ça et là, on voit quelques cellules éosinophiles.

Des régions de ce tissu sont en nécrobiose et présentent un mélange de vaisseaux thrombosés, de lymphocytose et de polynucléose locales.* Dans ces zones de mortification, les fibres musculaires lisses sont étalées, comme boursouflées. Il y a des réactions de cellules endothéliales des vaisseaux dans les foyers inflammatoires. On trouve dans ce tissu des tubes épithéliaux assez nombreux : épithélium cylindrique à plateau sans cils, à contour sinueux ; muqueuse utérine.

En résumé, il s'agit d'une môle hydatiforme sans envahissement du muscle utérin au-delà des limites du point d'implantation.

OBSERVATION VI

*Hystérectomie vaginale pratiquée dix jours après l'expulsion
provoquée d'une môle hydatiforme. Guérison.*

(Inédite, recueillie dans la clinique de M. le Docteur LACOUTURE.)

M^{me} X..., âgée de 53 ans, marinière, demeurant à Arcachon, ne présente rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort à 72 ans d'une congestion cérébrale, et sa mère, très fatiguée au moment de la ménopause, serait morte subitement à 53 ans.

Antécédents personnels : Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, la malade a eu une première grossesse en octobre 1892. On ne relève aucun malaise dans le cours de cette grossesse sauf des envies de cracher apparaissant après le premier mois et durant 3 mois. L'accouchement a été normal et l'enfant, nourri les 7 premiers mois au sein maternel, a été sevré ensuite pour permettre à la mère de continuer son travail.

Deuxième grossesse en juillet 1894. Evolution sans incidents et accouchement normal. L'enfant est nourri au sein jusqu'à 17 mois.

Troisième grossesse en mai 1897. Tout se passe normalement et l'enfant est nourri au sein pendant 16 mois.

Quatrième grossesse en novembre 1899. Evolution et accouchement normaux. L'enfant est nourri 12 mois au sein.

Il faut arriver à 1905 pour constater chez notre malade quelques malaises au moment des époques. Elle se plaint alors de migraines

siégeant sur un côté de la tête et s'accompagnant de vomissements. Depuis, ces migraines se renouvellent régulièrement à chaque époque.

La malade a eu ses dernières règles le 15 janvier 1921. Elle avait ressenti de grosses fatigues durant les mois de novembre et de décembre.

Le 15 février, alors que la malade devrait être réglée, elle ne voit rien venir et éprouve des maux d'estomac accompagnés de vomissements jaune-verdâtre.

Le 20 février, apparaît un écoulement sanguin très rouge d'abord puis jaunâtre, qui dure deux jours. La malade perd ses forces et maigrit. Les vomissements continuent et la malade va désormais avoir des pertes, d'une durée de 2 à 3 jours, séparées par un intervalle de 3 jours sans rien. Les pertes sont jaunâtres et teintées de sang.

Au mois de mars, la malade a une perte beaucoup plus abondante que les précédentes et elle constate que son ventre grossit.

Au début d'avril, elle voit une sage-femme qui lui déclare que le volume de son utérus correspond à un utérus gravide de 5 mois.

Le 12 avril, elle se rend à la clinique de la rue Paul-Bert pour consulter le Docteur Lacouture. Il constate l'existence d'une grossesse qui lui paraît anormale du fait du volume exagéré de l'utérus et de l'existence de pertes sanguines accompagnées de vomissements presque incoercibles.

Il conseille le repos absolu. Traitement à l'adrénaline et au chlorure de calcium. Il ne croit pas devoir interrompre la grossesse, l'état général étant encore suffisamment solide.

Le Docteur Lacouture conseille à la malade de revenir le voir dans 15 jours si les vomissements continuent.

La malade entre à la clinique le 27 avril.

Les urines, analysées à son entrée, contiennent de l'albumine.

L'examen clinique permet de constater les mêmes symptômes que lors du dernier examen. L'amaigrissement est très prononcé. L'utérus remonte au-dessus de l'ombilic. Le col est plus dur que normalement et légèrement entr'ouvert.

Le 28 avril, après une consultation avec le Docteur Balard, le Docteur Lacouture décide de provoquer l'avortement.

C'est ainsi que le 29 avril, il introduit dans le col de l'utérus une tige de laminaire. Les contractions commencent au bout de trois

heures et, six heures plus tard, une grosse masse est évacuée, qui n'est autre qu'une môle hydatiforme.

Dans la soirée du 29 avril, la malade a plusieurs syncopes et on lui fait des piqûres d'huile camphrée et de spartéine ainsi qu'une injection de 250 cc. de sérum.

Le curage digital permet de retirer des caillots et des débris et de constater l'amincissement de la paroi utérine. L'utérus ne se rétracte pas et a une mollesse tout à fait inquiétante. Toutefois les pertes ne sont pas particulièrement graves depuis le curage digital.

Dans les jours qui suivent, la température se maintient aux environs de 37°5. Les pertes séro-sanguinolentes, puis purulentes, font leur apparition tandis que la température atteint 38° les 6 et 7 mai.

Le Docteur Lacouture pense que le curage a été insuffisant, mais, devant la mollesse de l'utérus et l'amincissement de sa paroi, il n'ose tenter un curettage instrumental.

Etant donné l'âge de la malade, il pense à pratiquer de préférence une hystérectomie vaginale.

Cette opération, faite le 9 mai 1921, a été difficile du fait du volume de la matrice (tête d'adulte) et de sa mollesse.

Cependant l'utérus arrive sans déchirures profondes, et cela grâce au périnée très déficient de l'opérée.

Ligatures immédiates des pédicules.

Drainage par mèches et drain. Sonde à demeure.

Pas d'infection après l'opération, mais quelques vomissements de temps en temps. La température reste encore aux environs de 38°. Les vomissements cessent vers le 22 mai et la malade commence à s'alimenter légèrement. Elle quitte la clinique le 30 mai. L'état général reste assez précaire.

CONCLUSIONS

I.^o — Les principaux symptômes mettant sur la voie du diagnostic de la môle hydatiforme, diagnostic toujours difficile jusqu'à l'apparition de vésicules dans l'écoulement vaginal, sont : 1^o Les hémorragies répétées; 2^o le développement de l'utérus, plus accentué que dans une grossesse normale; 3^o la précocité des phénomènes d'auto-intoxication gravidique.

II. — Il importe d'établir un diagnostic précoce, car il commande l'interruption de la grossesse molaire dont le pronostic est grave en raison des hémorragies, de la possibilité d'accidents septicémiques, et du développement, à redouter, d'un chorio-épithéliome.

III. — La technique pour hâter l'évacuation de l'utérus ne diffère pas de celle qu'on suit pour provoquer un avortement.

IV. — Après l'expulsion de la môle, en fera un curage digital ou un curettage prudent, et, au premier symptôme de dégénérescence, on pratiquera l'hystérectomie.

V. — L'hystérectomie a des indications précises : rupture utérine, envahissement de la paroi utérine par les éléments de la môle, développement d'un chorio-épithéliome.

VI. — Elle sera également indiquée lorsque la môle coexistera avec une lésion, utérine ou annexielle, justiciable à elle seule de l'hystérectomie ou encore lorsqu'elle sera accompagnée de symptômes cliniques graves chez une malade aux environs de la ménopause.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,
D^r Maurice RIVIERE.

VU :

Le Doyen,
D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Juillet 1921.
Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALAIN. — *Revue mens. d'obst., de gyn. et de péd.*, Bordeaux, 1901, (296-300).
- BÉGOUIN et ANDÉRODIAS. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914, III (116-119).
- BELLIN. — Thèse Paris, 1896.
- BISCH (P.) et BISCH (L.). — *Dauphiné Médical*, Grenoble, 1902 (241-245).
- BLANCHARD (P.-H.-A.). — Thèse Lille, 1896.
- BRIQUEL. — Thèse Nancy, 1903.
- BUDIN. — *Indépendance médicale*, Paris, 1901, VII, p. 33.
— *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1904, p. 807.
- BUÉ. — *Presse médicale*, Paris, 1897, 2, p. 29.
- CHASSY. — Thèse Montpellier, 1900.
- CURTIS et OUI. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1913, 2 s., X, p. 322.
- DELAGÉNIÈRE (H.). — *Arch. médicales d'Angers*, 1902, VI (313-317).
- DELMAS (J. et P.). — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1902, I (165-167).
- DOMOND. — Thèse Paris, 1898.
- DUVERGEY. — Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux, 22 février 1921.
- FIEUX. — *Revue mens. d'obst., de gyn. et de péd.*, Bordeaux, 1903 264-274).
- FOURNEL. — *Gaz. des hôp. de Paris*, 1902, LXXV (881-885).
- GILLES. — Compte rendu Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris, X (299-304).
- GILLES et CHAMAYOU. — Compte rendu Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris, 1909, IX, p. 159.
- GUILLET. — *Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, Paris, 1910, X (181-186).

- HIRTZMANN. — Thèse Paris, 1874.
- JULIEN. — *Echo méd. du Nord*, Lille, 1909, XIII (291-294).
- LAVENANT. — Thèse Bordeaux, 1919.
- LIVON (J.) fils. — *Gaz. de gynéc.*, Paris, 1914, XXIX (97-105).
- LUGEOL. — *Mém. et Bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1900-1901, p. 208.
- MARTIN (A.). — *Revue méd. de Normandie*, Rouen, 1902 (365-370).
- MENU. — Thèse Paris, 1899.
- MIGLIARESSI. — Thèse Paris, 1894.
- NATTAN-LARRIER et BRINDEAU. — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908.
- OUI. — *Revue d'obst.*, 1895.
- OUVRY. — Thèse Paris, 1897.
- PÉRY. — « Etude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse », Bordeaux, 1904.
- PEYRE. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1891 (277-279).
- PILLIET (M^{me} Blanche). — *N. arch. d'obst. et de gynéc.*, Paris, 1893 (22-26).
- PINATELLE. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir. Paris*, 1902, 7 ns. (73-74).
- PLAUCHU. — *Lyon médical*, 1913, CXXI (799-801).
- *Lyon médical*, 1914, CXXIII (66-69).
- QUEIREL. — *Leçons de clinique obstétricale*, Marseille, 1902.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obst.*, 1914.
- RÆSER. — *Journal des sages-femmes*, 1886.
- ROUBAUDI. — Thèse Montpellier, 1901.
- SAUVAGE. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1913, 2 s., X (193-207).
- TAYLOR (H.-C.). — *American journal of obstetrics*, New-York, 1912, LXV (627-629).
- TESSON. — *Gaz. des hôp. de Paris*, 1901, n° 104 (997-998).
- TOURRATON. — Thèse Toulouse, 1912.
- WALLICH (V.). — *Eléments d'obstétrique*, 1914.
-

